

«белых и желтых точек», выражены перифокальная воспалительная реакция и равномерное истончение волос (анизотрихоз), отсутствие «восклицательного знака», обломанных и извитых волос.

3. Выбор метода лечения нерубцовых алопеций и его эффективность при гнездовой и андрогенной алопеции зависят от проведенных клинико-морфологических характеристик, площади и выявленных диагности-ческих критериев по данным цифровой видеодерматоскопии.

Литература:

1. Методы диагностики в практической трихологии / Н. Барунова [и др.] // KOSMETIK International journal. – 2013. – № 1. – С. 22–25.

2. Гаджигороева, А. Г. Клиническая трихология : моногр. / А. Г. Гаджигороева. – Изд-во : Практ. медицина, 2014. – 184 с.

ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ CLOSTRIDIUM DIFFICILE: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.,
Крылова Е.В., Акулич Н.Ф.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Этиологическая структура инфекционных диарей постоянно меняется и зависит от многих факторов. С началом эры антибиотиков, и в большей степени зачастую с неоправданным и бессистемным их назначением начало появляться все больше сообщений об увеличении количества, так называемых, антибиотикассоциированных диарей (ААД) [1,2]. ААД – полиэтиологичная патология, обусловленная в 15-25% случаев *Clostridium difficile* [3]. Истинное число случаев острой инфекционной диареи, вызванной *Clostridium difficile*, не совпадает с официально регистрируемой заболеваемостью. Обусловлено это может быть, в первую очередь, отсутствием возможностей для лабораторного подтверждения диагноза. Вариантом тяжелого течения ААД, вызываемой *Clostridium difficile*, является псевдомембранозный колит (ПМК), который в ряде случаев может привести к угрожаемым жизни состояниям: токсическому мегаколону, перфорации кишечника, сепсису или септическому шоку.

Целью нашей работы явилось установление предрасполагающих факторов к развитию кишечной инфекции, вызванной *C.difficile*, оценка эффективности различных схем антибактериальной терапии в зависимости от вариантов течения патологического процесса.

Материал и методы исследования. Анализ факторов риска развития инфекции, ассоциированной с *C.difficile*, был проведен у 42 пациентов,

госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу за период 2015–2017 гг. У 23 пациентов из этой группы была произведена оценка эффективности антибактериальной терапии. Подтверждением диагноза служила характерная клиническая картина инфекционного энтероколита, анамнестические данные, указывающие на применение антибактериальных препаратов в предшествующие 3 месяца, выявление в кале токсина *C.difficile* типа А или В экспресс-методом на основе иммунохроматографического анализа, данные сигмоскопии.

Результаты и обсуждение. Одним из факторов риска колонизации *C.difficile* является госпитализация в лечебное учреждение, так как энтероколит, вызванный клостридией, официально признается нозокомиальным [4]. По данным нашего анализа заболевание возникло у 22 пациентов во время пребывания в стационаре хирургического или соматического профиля, у 16 - в домашних условиях после выписки, и только у 4 на фоне приема антибиотиков в амбулаторных условиях, что в очередной раз доказывает нозокомиальный характер инфекции.

Общепризнанным фактором риска развития *C.difficile*-ассоциированных энтероколитов является применение антибактериальных препаратов. В данном случае антибиотики являются пусковым звеном патогенеза, нарушающего микрофлору кишечной среды и создающего тем самым необходимые условия для *C.difficile*. По данным литературы, имеется связь между возникновением диареи, вызванной клостридией, и использованием определенных антибиотиков. Наиболее часто она связана с предшествующим применением клиндамицина, аминопенициллинов и цефалоспоринов [4]. Нам не удалось установить каких-либо достоверных различий в анамнестических данных, но 100% наблюдаемых нами пациентов указывали на предшествующее заболеванию использование антибактериальных препаратов. Возникновение диареи на фоне или спустя некоторое время после отмены цефалоспоринов III или IV поколения отмечалось в 35,1%. По данным некоторых исследователей риск развития гастроэнтерита, вызванного *C.difficile*, возрастает при продолжительности предшествующей антибактериальной терапии более 3 суток [4]. У пациентов, находившихся под нашим наблюдением, средняя продолжительность предшествующей антибактериальной терапии варьировала в широких пределах и составила в среднем от 5 до 15 дней.

Помимо госпитализации и предшествующей антибактериальной терапии в ходе анализа нами были выявлены и другие факторы макроорганизма, предрасполагающие к развитию *C.difficile*-ассоциированных энтероколитов. Так, средний возраст наблюдаемых пациентов составил 65,9 года. У 34,8% из них были зарегистрированы тяжелые сопутствующие заболевания – сахарный диабет II типа в стадии субкомпенсации, ХОБЛ, у 3 пациентов в ближайшем анамнезе были отмечены абдоминальные хирургические вмешательства, а у 4 – онкологические заболевания. У одной

пациентки энтероколит клостридиальной этиологии развился на фоне беременности в сроке 19 недель.

Клинические проявления *C.difficile*-ассоциированных кишечных инфекций могут варьировать от бессимптомной колонизации до развития псевдомембранозного колита. У наблюдаемых нами пациентов в 65,51% случаев была зарегистрирована энтероколитическая или колитическая форма заболевания. Энтерит наблюдался в 34,49% случаев. В ходе проведения сигмоскопии у 22 (52,4%) из всех наблюдаемых пациентов был выявлен псевдомембранозный колит. Лабораторное подтверждение диагноза в виде обнаружения токсинов *C.difficile* в кале удалось получить у 71,4% пациентов.

Приблизительно у 25% пациентов с *C.difficile*-ассоциированными кишечными инфекциями диарея исчезает самостоятельно после отмены причинного антибиотика. Однако у большинства пациентов требуется назначение специфической антибактериальной терапии [4]. Согласно существующим рекомендациям препаратом выбора для первого эпизода энтероколита, вызванного *C.difficile*, является метронидазол. Ванкомицин является препаратом выбора для первого эпизода тяжелой *C.difficile*-ассоциированной диареи, протекающей в форме ПМК, а также для терапии рецидивов инфекции.

Все наблюдаемые нами пациенты получали антибактериальный препарат с первого дня поступления в стационар. Монотерапия метронидазолом была назначена в 69,6% случаев. При этом смена на ванкомицин была произведена у 14 пациентов из 20, получающих метронидазол (70,0%). Смена терапии была произведена в среднем через 3,8 дня. Это было обусловлено, во-первых, отсутствием клинического эффекта, а во-вторых, установлением диагноза ПМК на сигмоскопии. Средняя длительность суммарной антибактериальной терапии в этой группе составила 12,2 дня. Средняя длительность терапии у пациентов, продолживших получать монотерапию метронидазолом, составила 6,8 дня. Ванкомицин с первого дня поступления в стационар получали 21,7% из наблюдаемых нами пациентов. Назначение ванкомицина было обусловлено тяжестью течения, возрастом пациентов (старше 70 лет), у одной пациентки это был рецидив заболевания. Средняя длительность терапии в этой группе составила 8,2 дня. Совместную терапию метронидазолом и ванкомицином получали 8,7% пациентов.

Выводы.

1. Предрасполагающими факторами к развитию ААД являются: госпитализация в лечебное учреждение, предшествующая антибактериальная терапия, пожилой возраст пациента, наличие тяжелой сопутствующей патологии.

2. Клиническая картина антибиотикассоциированной диареи характеризуется острым началом с появления диареи на фоне или спустя некоторое время после приема антибиотиков. Диарея, как правило, носит продолжительный характер и сохраняется у большинства пациентов до 2-3

недель. В более тяжелых случаях наблюдается развитие псевдомембранозного колита.

3. Выбор антибактериального препарата для терапии энтероколита, вызванного *C.difficile*, определяется клинической формой заболевания, определяющей его тяжесть течения. При первом эпизоде среднетяжелой энтероколитической формы заболевания предпочтительным является метронидазол. Показаниями к назначению ванкомицина являются случаи *C.difficile*-ассоциированной диареи при отсутствии эффекта от адекватных доз метронидазола и тяжелая форма инфекции с развитием ПМК.

Литература:

1. Богун, Л. В. Антибиотикоассоциированная диарея / Л. В. Богун // Клиническая антибиотикотерапия. – 2006. – № 3. – С. 40-43.
2. Корнеева, О. Н. Антибиотикоассоциированный колит: патоморфология, клиника, лечение / О. Н. Корнеева, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. – 2007. – № 17(3). – С. 65–70.
3. Clostridium difficile-ассоциированная болезнь / В. Т. Ивашкин [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. – 2015. – № 25(6). – С. 5–17.
4. Ивашкин, В. Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению Clostridium difficile-ассоциированной болезни / В. Т. Ивашкин, Н. Д. Ющук, И. В. Маев, // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. – 2015. – № 25(6). – С. 56–65.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ПЕРИОРАЛЬНОМУ ДЕРМАТИТУ

Мяделец М.О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Периоральный дерматит (ПД) – это распространенный хронический дерматоз лица с недостаточно ясным этиопатогенезом, поражающий преимущественно женщин молодого и среднего возраста. Одни авторы рассматривают ПД как особый воспалительный дерматоз и поражение иммунной системы, другие считают, что эта патология может представлять собой разновидность розацеа, демодекоза, себорейного дерматита, третьи расценивают его как воспалительный процесс в коже, обусловленный условно патогенной микрофлорой [1, 2, 3]. Однако большинство дерматологов склонны считать, что ПД является самостоятельной нозологической единицей, имеющей отчетливую клиническую и патоморфологическую картину. Установлено, что группой риска при этом заболевании являются женщины репродуктивного возраста, поскольку